S 13 KR 337/19

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Hessen
Sozialgericht	Sozialgericht Marburg
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Krankenhausbehandlung Fälligkeit intensivmedizinische Komplexbehandlung formal ordnungsgemäße Rechnung
Leitsätze	Grundvoraussetzung der Fälligkeit ist eine formal ordnungsgemäße Abrechnung. Diese setzt eine ordnungsgemäße Information der Krankenkasse über die vom Krankenhaus abgerechnete Versorgung nach Maßgabe der Informationsobliegenheiten und -pflichten voraus, insbesondere aus § 301 SGB V sowie ggf. ergänzenden landesvertraglichen Bestimmungen. Die Mitteilung einer Behandlung in der „Fachabteilung Orthopädie 2300“ genügt im Hinblick auf die vom Krankenhaus gleichzeitig mitgeteilte „intensivmedizinische Komplexbehandlung“ nicht den Mindestangaben, welche der Krankenkasse auf der ersten Stufe des vom BSG entwickelten Prüfungssystems eine sachliche Rechnungsprüfung im Rahmen nichtmedizinischer Nachfragen ermöglicht.
Normenkette	§ 301 SGB V

1. Instanz

Aktenzeichen	S 13 KR 337/19
Datum	15.09.2022

2. Instanz

Aktenzeichen	L 8 KR 277/22
Datum	14.03.2024

3. Instanz

Datum -

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 15. September 2022 aufgehoben und die Klage abgewiesen.Â

Die KlÃ¤gerin trÃ¤gt die Kosten des Rechtsstreits in erster Instanz allein. In der zweiten Instanz trÃ¤gt die KlÃ¤gerin 70%, die Beklagte 30% der Kosten.Â

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten noch um Zinsen fÃ¼r die Kosten einer stationÃ¤ren Krankenhausbehandlung.

In dem Krankenhaus der KlÃ¤gerin wurde die bei der Beklagten versicherte K. im Zeitraum vom 26. November 2018 bis 24. Dezember 2018 behandelt. Die KlÃ¤gerin rechnete die Behandlung am 2. August 2019 nach DRG I26Z (Intensivmedizinische Komplexbehandlung) mit einer Rechnungssumme von 37.582,93 â¬ ab. Hierzu Ã¼bersandte sie der Beklagten die Daten nach Â§ 301 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) und teilte als â aufnehmende Fachabteilungâ 2300 OrthopÃ¤die mit.Â

Die Beklagte teilte der KlÃ¤gerin am 15. August 2019 mit, dass die Â§ 301-Daten fÃ¼r die PrÃ¼fung nicht ausreichen wÃ¼rden, und forderte sie auf, die exakten Zeiten mitzuteilen, die der Patient auf der Intensivstation gelegen hÃ¤tte. Sie fordere nur rein zeitliche, keine medizinischen Daten. Die KlÃ¤gerin lehnte dies ab, da mit den Â§ 301-DatensÃ¤tzen alle Mindestangaben Ã¼bermittelt worden seien. Alle anderen Angaben wÃ¼rden dem Datenschutz unterliegen und dÃ¼rften nur an den MDK weitergeleitet werden. Die Beklagte erwiderte, der OPS 8-98* (Intensivmedizinische Komplexbehandlung) dÃ¼rfe nur auf einer Intensivstation bzw. in einem Intensivbett erbracht werden, anhand der Ã¼bermittelten Â§ 301 SGB V Daten lasse sich diese Information jedoch nicht ableiten. Es werde deshalb erneut um Angaben der Intensivzeiten gebeten. Andernfalls werde die Rechnung um den OPS 8-980.20 gekÃ¼rzt. Nachdem die KlÃ¤gerin hierauf nicht reagierte, Ã¼berwies die Beklagte lediglich einen Betrag in HÃ¶he von 14.289,81 â¬ und informierte die KlÃ¤gerin mit Schreiben vom 12. September 2019, dass nur das Entgelt der DRG-Fallpauschale I09F vergÃ¼tet werde.Â

Die KlÃ¤gerin hat am 23. Dezember 2019 Klage am Sozialgericht Marburg erhoben, mit der sie zunÃ¤chst begehrt hat, die Beklagte zu verurteilen, an sie 23.293,12 â¬ nebst Zinsen in HÃ¶he von 5 Prozentpunkten Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 24. August 2019 zu zahlen. Sie hat vorgetragen, es habe keine Mitteilung der weiterbehandelnden Fachabteilung erfolgen mÃ¼ssen, da in ihrem orthopÃ¤dischen Fachkrankenhaus die Intensivstation der OrthopÃ¤die

zugewiesen sei. Es habe damit keine Verlegung in eine weiterbehandelnde Fachabteilung vorgelegen. Bei einer internen Verlegung auf die Intensivstation werde der FachabteilungsschlÃ¼ssel der OrthopÃ¤die beibehalten. Die von der Beklagten begehrte Information, wie lange sich die Versicherte auf der Intensivstation aufgehalten habe, sei nicht von Â§ 301 SGB V gedeckt.Â

Im weiteren Verlauf hat die KlÃ¤gerin am 12. Mai 2021 mitgeteilt, die Patientin habe im gesamten Behandlungszeitraum auf der Intensivstation gelegen, und am 4. Februar 2022 AuszÃ¼ge aus der Patientendokumentation sowie einen Intensivmedizinischen Verlegungsbericht vorgelegt, wonach die Patientin anÃ¤sthesiologisch und intensivstationÃ¤r behandelt worden ist. Hierauf hat die Beklagte am 6. September 2022 mitgeteilt, sie werde die Restsumme von 23.293,12 â¬ an die KlÃ¤gerin Ã¼berweisen, und zugleich erklÃ¤rt, FÃ¤lligkeitszinsen seien erst ab dem Zeitpunkt der Ãbermittlung der Intensivzeiten zu zahlen. Die KlÃ¤gerin hat dies als Teilanerkenntnis angenommen und nachfolgend beantragt, die Beklagte zur Zahlung von Zinsen in HÃ¶he von fÃ¼nf Prozentpunkten Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz aus 23.293,12 â¬ seit dem 2. September 2019 zu verurteilen (Schriftsatz vom 13. September 2022).Â

Die Beklagte ist dem entgegengetreten. Um den OPS 8-980.20 abrechnen zu kÃ¶nnen, mÃ¼sse der Patient auf einer Intensivstation behandelt worden sein, denn der OPS fordere eine âstÃ¤ndige Ã¤rztliche Anwesenheit auf der Intensivstationâ. Wenn die KlÃ¤gerin als FachabteilungsschlÃ¼ssel 23 fÃ¼r die OrthopÃ¤die liefere, sei nicht schlÃ¼ssig dargelegt, dass es sich um eine Behandlung auf der Intensivstation gehandelt habe.Â

Mit Urteil ohne mÃ¼ndliche Verhandlung vom 15. September 2022 hat das Sozialgericht die Beklagte verurteilt, Ã¼ber den ursprÃ¼nglich eingeklagten und im Verfahren beglichenen Betrag in HÃ¶he von 23.293,12 â¬ hinaus der KlÃ¤gerin Zinsen in HÃ¶he von 5 Prozentpunkten Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz aus dem Betrag von 23.293,12 â¬ âseit dem 24.08.2019â zu zahlen. Die KlÃ¤gerin habe Anspruch auf Zinsen in HÃ¶he von 5 Prozentpunkten Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz âseit dem 02.09.2019â. Die KlÃ¤gerin habe der Beklagten eine formal ordnungsgemÃ¤Ãe Rechnung Ã¼bermittelt. Entgegen der Auffassung der Beklagten stehe der FÃ¤lligkeit nicht entgegen, dass die KlÃ¤gerin ihr keine weiteren Angaben Ã¼bermittelt habe. Die Ãbermittlung von Informationen zu den Fachabteilungen und zu durchgefÃ¼hrten Verlegungen nach Â§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 und Nr.7 SGB V setze voraus, dass eine Verlegung stattgefunden habe. Fehle es an einer solchen Verlegung, kÃ¶nnten auch keine diesbezÃ¼glichen Daten Ã¼bermitteln werden. Die von der Beklagten zusÃ¤tzlich angeforderten Daten betrÃ¤fen letztendlich die Frage, ob eine intensivmedizinische Behandlung durchgefÃ¼hrt worden sei, was eine medizinisch-kodierrechtliche Frage sei, die die Beklagte ihrerseits nur durch die Beauftragung des MDK beantworten kÃ¶nne. Die KlÃ¤gerin habe die Patientin durchgÃ¤ngig intensivmedizinisch auf einer der OrthopÃ¤die zugewiesenen Fachabteilung behandelt. Die dadurch Ã¼ber Â§ 301 SGB V zu Ã¼bermittelnden Daten habe sie der Beklagten vorgelegt. Soweit bei der Beklagten aufgrund der Ã¼bermittelten Daten Zweifel an einer Behandlung auf der Intensivstation entstanden seien, hÃ¤tte

sie den MDK mit der Begutachtung des Falles beauftragen mÃ¼ssen.

Gegen das am 20. September 2022 zugestellte Urteil richtet sich die am 11. Oktober 2022 eingegangene Berufung der Beklagten.Â

Am 17. Mai 2023 hat die Beklagte die Hauptforderung in HÃ¶he von 23.293,12 â¬ sowie Zinsen in HÃ¶he von 1.450,10 â¬ fÃ¼r die Zeit vom 2. Februar 2022 bis 16. Mai 2023 gezahlt. Ferner hat sie in der mÃ¼ndlichen Verhandlung vom 30. November 2023 den Zinsanspruch der KlÃ¤gerin ab dem 13. Mai 2021 bis 1. Februar 2022 anerkannt und nachfolgend weitere 699,38 â¬ gezahlt. Die KlÃ¤gerin hat dies als weitere Teilanerkenntnisse angenommen.Â

Die Beklagte wehrt sich noch gegen die Verurteilung zur Zahlung von Zinsen fÃ¼r den Zeitraum vom 24. August 2019 bis zur erstmaligen Mitteilung einer Behandlung auf der Intensivstation. Bis zu diesem Zeitpunkt sei die Rechnung der KlÃ¤gerin nicht fÃ¤llig gewesen. Das Sozialgericht wÃ¼rdige nicht hinreichend die gesetzlich und in der Rechtsprechung des BSG konkretisierten PrÃ¼frechte und PrÃ¼fpflichten. Die KlÃ¤gerin mÃ¼sse in dem Â§ 301-Datensatz den Aufenthalt auf einer Intensivstation mit der Angabe â3600â entsprechend der DatenÃ¼bermittlungsvereinbarung nach Â§ 301 Abs. 1 Nr. 7, Abs. 3 SGB V kodieren. Insoweit stehe den Krankenkassen ein eigenstÃ¤ndiges PrÃ¼frecht zu. Die Â§ 301-Daten seien gesetzlich vorgeschrieben und durch die Â§ 301-DatenÃ¼bermittlungsvereinbarung ausgestaltet worden. Danach sei fÃ¼r die Behandlung auf der Intensivstation die Nummer 3600 zu tÃ¤tigen, da sie eine eigene spezialisierte Behandlungseinheit darstelle, auf der eine andere Versorgung erfolge, die nicht in den allgemeinen Fachteilungen geleistet werden kÃ¶nne und besonders teuer sei.Â

Die Beklagte beantragt,Â
das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 15. September 2022 aufzuheben und die Klage abzuweisen.Â

Die KlÃ¤gerin beantragt,Â
die Berufung zurÃ¼ckzuweisen,
hilfsweise die Revision zuzulassen.Â

Sie trÃ¤gt vor, an keiner Stelle des Â§ 301 SGB V sei normiert, dass KrankenhÃ¤user die Zeiten auf der Intensivstation zu melden hÃ¤tten. Planungsrechtlich sei ein FachabteilungsschlÃ¼ssel fÃ¼r die Intensivstation in Hessen im Hessischen Krankenhausplan nicht vorgesehen. Das Bundesrecht kenne ebenso wenig wie das Hessische Krankenhausrecht eine Definition einer Fachabteilung. Der einzige Grund, warum die Beklagte hier eine BegrÃ¼ndungsfrist contra legem behaupte, sei, ohne Einschaltung des Medizinischen Dienstes weitere FÃ¤lle prÃ¼fen zu kÃ¶nnen. Die LÃ¤nge der Behandlung auf der Intensivstation stelle eindeutig eine medizinische Information dar.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte der Beklagten, der Gegenstand der

mÃ¼ndlichen Verhandlung war, Bezug genommen.Â

EntscheidungsgrÃ¼nde

Die Berufung der Beklagten hat Erfolg. Das Urteil des Sozialgerichts kann keinen Bestand haben.

Streitgegenstand des Berufungsverfahrens ist nach dem Teilanerkenntnis der Beklagten hinsichtlich des Zinszeitraums ab dem 13. Mai 2021 nur noch der Anspruch der KlÃ¤gerin auf Zahlung von Zinsen fÃ¼r den Zeitraum vom 24. August 2019 bis 12. Mai 2021. Hinsichtlich des Zinsanspruch fÃ¼r die Zeit ab 2. Februar 2022 hat die Beklagte bereits im Schriftsatz vom 6. September 2022, mit dem sie hinsichtlich der Hauptforderung ein Anerkenntnis abgab, zugleich ihre Bereitschaft erklÃ¤rt, FÃ¤lligkeitszinsen â□□ab Ã□bermittlung der Intensivzeitenâ□□ zu zahlen. Damit hat sie der Sache nach ein weiteres Teilanerkenntnis dem Grunde nach abgegeben, was die KlÃ¤gerin auch so verstanden hat, denn sie hat beide Teilanerkenntnisse mit ihrem Schriftsatz vom 8. September 2022 angenommen. Ferner hat die Beklagte in der mÃ¼ndlichen Verhandlung vor dem Senat ein weiteres Teilanerkenntnis abgegeben hinsichtlich des Zinsanspruchs fÃ¼r den Zeitraum ab 13. Mai 2021. Der Zeitpunkt der tatsÃ¤chlichen Zahlung der Zinsen hat dagegen keine eigenstÃ¤ndige prozessuale Bedeutung, da der Rechtsstreit insoweit bereits erledigt ist bzw. war (Â§ 101 Abs. 2 SGG). Es handelt sich insoweit nur um eine Frage der ErfÃ¼llung des dem Grunde nach anerkannten Anspruchs, die lediglich im Rahmen einer ggf. erforderlichen Vollstreckung aus dem Anerkenntnis (Â§ 199 Abs. 1 Nr. 3 SGG) von Bedeutung ist.

Hinsichtlich des damit allein noch streitigen Zinsanspruchs fÃ¼r den Zeitraum vom 24. August 2019 (dieses Datum hat das Sozialgericht versehentlich ausgeurteilt; tatsÃ¤chlich hatte die KlÃ¤gerin ihre Zinsforderung vor der erstinstanzlichen Entscheidung auf die Zeit ab dem 2. September 2019 beschrÃ¤nkt) bis 12. Mai 2021 war das Urteil des Sozialgerichts aufzuheben und die Klage abzuweisen, denn die KlÃ¤gerin hat insoweit keinen Anspruch auf Zahlung von Zinsen gem. Â§Â§ 286 Abs. 2, 288, 291 BGB iVm Â§ 10 Abs. 4 des Landesvertrags Ã¼ber die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung. Die Hauptforderung der KlÃ¤gerin in HÃ¶he von 23.293,12 â□¬ aus dem Behandlungsfall der Patientin K. wurde erst mit dem Zugang der Mitteilung der KlÃ¤gerin vom 12. Mai 2021 Ã¼ber die Behandlung der Patientin auf der Intensivstation fÃ¤llig, sodass vorher keine Zinsen zu zahlen sind. Die Rechnung der KlÃ¤gerin vom 2. August 2019 genÃ¼gte hinsichtlich der Abrechnung der DRG I26Z (Intensivmedizinische Komplexbehandlung) nicht den Anforderungen an eine formal ordnungsgemÃ¤Ã□e Rechnung, weshalb die Beklagte zu Recht lediglich eine VergÃ¼tung nach der DRG I09F vorgenommen hat.Â

Grundvoraussetzung der FÃ¤lligkeit ist eine formal ordnungsgemÃ¤Ã□e Abrechnung. Diese setzt eine ordnungsgemÃ¤Ã□e Information der Krankenkasse Ã¼ber die vom Krankenhaus abgerechnete Versorgung nach MaÃ□gabe der Informationsobliegenheiten und -pflichten voraus, insbesondere aus Â§ 301 SGB V sowie ggf. ergÃ¤nzenden landesvertraglichen Bestimmungen (vgl. u.a. BSG, Urteil vom 28. Mai 2003 â□□ B 3 KR 10/02 R, juris Rn. 19; vom 23. Mai 2017 â□□ B 1 KR

24/16 R -, juris Rn. 27; vom 9. April 2019 â□□ B 1 KR 3/18 R, juris Rn. 25). Nach stRsprg des BSG ist eine ordnungsgemÃ¤Ã□e Information der Krankenkasse Ã¼ber die vom Krankenhaus abgerechnete Versorgung nach MaÃ□gabe der Mitwirkungsobliegenheiten insbesondere aus Â§ 301 SGB V unverzichtbare Grundlage und Bestandteil einer ordnungsgemÃ¤Ã□en Abrechnung. Fehlt es an einer dieser Angaben, so tritt mangels formal ordnungsgemÃ¤Ã□er Abrechnung bereits die FÃ¤lligkeit der abgerechneten Forderung nicht ein (BSG, Urteil vom 9. April 2019 â□□ B 1 KR 3/18 R â□□, BSGE 128, 54-65, juris Rn. 25). Zwingend sind auf der ersten Stufe der Sachverhaltserhebung zunÃ¤chst die Angaben nach Â§ 301 Abs. 1 SGB V. Danach besteht die Pflicht des Krankenhauses, der Krankenkasse bei Krankenhausbehandlung die wesentlichen Aufnahme- und Behandlungsdaten zu Ã¼bermitteln. Aus datenschutzrechtlichen GrÃ¼nden ist abschlieÃ□end und enumerativ aufgelistet, welche Angaben der Krankenkasse bei einer Krankenhausbehandlung ihrer Versicherten auf jeden Fall zu Ã¼bermitteln sind (vgl BT-Drucks 12/3608 S. 124). Dazu zÃ¤hlen nach Â§ 301 Abs. 1 S. 1 Nr 3 SGB V vor allem die Stammdaten des Versicherten sowie Detailangaben Ã¼ber Aufnahme, Verlegung, Art der Behandlung und Entlassung einschlieÃ□lich der Angabe des einweisenden Arztes mit Einweisungs- und Aufnahmediagnose, aber auch die medizinische BegrÃ¼ndung fÃ¼r eine VerlÃ¤ngerung der Verweildauer sowie Datum und Art der durchgefÃ¼hrten Operationen und Prozeduren. Nach der zu Grunde liegenden Vorstellung des Gesetzgebers sind damit die Mindestangaben bezeichnet, die die Krankenkasse insbesondere zur ordnungsgemÃ¤Ã□en Abrechnung und zur Ã□berprÃ¼fung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung benÃ¶tigt (vgl. BT-Drucks 12/3608 S. 124). GenÃ¼gt die Anzeige des Krankenhauses diesen (Mindest-)Anforderungen nicht, fehlt es bereits an der FÃ¤lligkeit der VergÃ¼tungsforderung (BSG SozR 4-2500 Â§ 109 Nr 1 Rn. 12). Deshalb dÃ¼rfen die Krankenkassen bei Zweifeln oder Unklarheiten in Bezug auf die gemÃ¤Ã□ Â§ 301 SGB V Ã¼bermittelten Daten durch nicht-medizinische Nachfragen selbst beim Krankenhaus klÃ¤ren, ob die jeweiligen Voraussetzungen der Zahlungspflicht im Einzelfall gegeben sind (BSG, Urteil vom 16. Mai 2012 â□□ B 3 KR 14/11 R â□□, BSGE 111, 58-71, juris Rn. 19).

Vorliegend genÃ¼gte die Rechnung des Krankenhauses nicht den sich aus Â§ 301 Abs. 1 SGB V ergebenden Pflichten.

Nach Â§ 301 Abs. 1 Nr 5 SGB V sind die nach Â§ 108 zugelassenen KrankenhÃ¤user oder ihre KrankenhaustrÃ¤ger verpflichtet, den Krankenkassen bei Krankenhausbehandlung â□□die Bezeichnung der aufnehmenden Fachabteilung, bei Verlegung die der weiterbehandelnden Fachabteilungenâ□□ zu Ã¼bermitteln. In der Anlage 2 zur Â§ 301-Vereinbarung/SchlÃ¼sselverzeichnis, SchlÃ¼ssel 6: Fachabteilungen, sind als â□□Fachabteilungen gemÃ¤Ã□ Anhang 1 der BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassungâ□□ u.a. gelistet: 2300 OrthopÃ¤die; 3600 Intensivmedizin.Â

Hiernach war die KlÃ¤gerin verpflichtet, auf Nachfrage der Beklagten die Behandlung der Patientin auf der Intensivstation mitzuteilen. Die Mitteilung einer Behandlung in der â□□Fachabteilung OrthopÃ¤die 2300â□□ genÃ¼gte im Hinblick auf die gleichzeitig mitgeteilte â□□intensivmedizinische Komplexbehandlungâ□□

nicht den Mindestangaben, welche der Beklagten auf der ersten Stufe des vom BSG entwickelten PrÃ¼fungssystems eine sachliche RechnungsprÃ¼fung im Rahmen nichtmedizinischer Nachfragen ermÃ¶glicht hÃ¤tte. Denn der OPS 8-980 Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) benennt als Mindestmerkmale: Â

- *Kontinuierliche, 24-stÃ¼ndige Ãberwachung und akute Behandlungsbereitschaft durch ein Team von Pflegepersonal und Ãrzten, die in der Intensivmedizin erfahren sind und die aktuellen Probleme ihrer Patienten kennen*
- *Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung â€Intensivmedizinâ€*
- ***Eine stÃ¤ndige Ãrztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewÃ¤hrleistet sein (Hervorhebung durch den Senat)**. Der Arzt der Intensivstation kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses (z.B. Reanimation) hinzugezogen werden*
- *Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich aus der Summe des tÃ¤glichen SAPS II (ohne Glasgow Coma Scale) Ã¼ber die **Verweildauer auf der Intensivstation** (total SAPS II) plus der Summe von 10 tÃ¤glich ermittelten aufwendigen Leistungen aus dem TISS-Katalog Ã¼ber die Verweildauer auf der Intensivstation*

Demnach enthielt der Datensatz nach Â§ 301 SGB V, welcher der Beklagten Ã¼bermittelt wurde, zwei gegenlÃ¤ufige Informationen: Einerseits teilte die KlÃ¤gerin die DRG I26Z und die zugehÃ¶rige Prozedur 8-890 (Intensivmedizinische Komplexbehandlung) mit, was eine Behandlung auf der Intensivstation voraussetzte. Andererseits Ã¼bermittelte sie als aufnehmende Fachabteilung â€2300 OrthopÃ¤dieâ€ und nicht die SchlÃ¼sselnummer â€3600 Intensivmedizinâ€.Â

Aus der Mitteilung der Behandlung in der Fachabteilung 2300 OrthopÃ¤die folgt zwar noch nicht, dass damit eine intensivmedizinische Behandlung ausgeschlossen ist. Denn ein Krankenhaus muss eine Intensivstation nicht ausdrÃ¼cklich als solche kennzeichnen. MaÃgeblich ist, ob die Station die Mindestmerkmale einer Intensivstation im Sinne des OPS erfÃ¼llt. Der Begriff der Intensivstation wird inhaltlich durch Merkmale bestimmt, wie sie bspw. in der â€Empfehlung zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen 2022â€ der Deutsche InterdisziplinÃ¤re Vereinigung fÃ¼r Intensiv- und Notfallmedizin festgehalten sind (so zutreffend SG OsnabrÃ¼ck, Urteil vom 13. Januar 2020 â€ S 46 KR 367/17 â€, Rn. 38, juris).Â

Jedoch schaffte die KlÃ¤gerin durch die Mitteilung der Fachabteilung 2300 OrthopÃ¤die als â€aufnehmender Fachabteilungâ€ Zweifel an der Korrektheit der Abrechnung, welche die Beklagte berechtigte, durch nicht-medizinische Nachfrage beim Krankenhaus zu klÃ¤ren, ob die Voraussetzungen der Zahlungspflicht im Einzelfall gegeben waren. Denn die Frage, ob die Behandlung entsprechend den Anforderungen des OPS 8-890 auf der Intensivstation stattgefunden hat, betrifft â€ anders als vom Sozialgericht angenommen â€ keine PrÃ¼fung der medizinischen

Behandlungsnotwendigkeit im Einzelfall auf der zweiten bzw. dritten Stufe der Sachverhaltserhebung im PrÃ¼fverfahren. Die Beklagte stellte keine Frage zum medizinischen Vorgehen oder Einzelheiten der Behandlung der Versicherten, welche die Bewertung medizinischer UmstÃ¤nde betraf, sondern begehrte lediglich eine Auskunft zum Ã¤uÃeren, organisatorischen Rahmen der Behandlung. Der KlÃ¤gerin oblag nicht mehr als die Pflicht, der Beklagten mitzuteilen, dass die Behandlung der Patientin im gesamten Behandlungszeitraum auf der Intensivstation erfolgt war, so wie sie es mit dem Schriftsatz ihres BevollmÃ¤chtigten vom 12. Mai 2021 dann auch getan hat. Die begehrte Mitteilung ging damit nicht Ã¼ber das hinaus, was das Krankenhaus im Rahmen seiner DatenÃ¼bermittlungsbefugnisse nach Â§ 301 Abs. 1, 3 SGB V der Beklagten berechtigt mitteilen durfte.Â

Dabei kommt es nicht darauf an, dass der hessische Krankenhausplan die Intensivmedizin nicht als Fachgebiet beplant, sondern die intensivmedizinischen FÃ¤lle standardmÃ¤Ãig den anderen Fachgebieten (wie im Fall der KlÃ¤gerin der OrthopÃ¤die) zuordnet und dementsprechend in den krankenhausplanerischen Feststellungsbescheiden auch keine VersorgungsauftrÃ¤ge fÃ¼r Intensivmedizin erteilt werden (vgl. den Krankenhausplan 2020 des Hessischen Ministeriums fÃ¼r Soziales und Integration, S. 144). Denn die dort getroffenen landesplanerischen Festlegungen haben fÃ¼r die Abrechnung der im Krankenhaus erbrachten Leistungen keine Bedeutung. MaÃgeblich sind hier allein die Vorgaben von Â§ 301 SGB V und die sich daraus auf der Ebene von Bundesrecht ergebenden Mitteilungspflichten der KrankenhÃ¤user bei der Abrechnung von Krankenhausleistungen. Soweit der OPS in den Komplexziffern strukturelle Anforderungen definiert, regelt er VergÃ¼tungsvoraussetzungen, Ã¼ber die sich die Vertragspartner auf Bundesebene verstÃ¤ndigt haben. Diese Voraussetzungen beschreiben vorgefundene medizinische Erfordernisse und bilden zugleich die sich daraus ergebenden erforderlichen Ressourcen ab, um die vergÃ¼tungsrechtliche Gleichbehandlung der KrankenhÃ¤user zu gewÃ¤hrleisten. Dies ist unabhÃ¤ngig von der Befugnis der LÃ¤nder, infrastrukturelle Planungs- und Investitionsentscheidungen Ã¼ber die von ihnen fÃ¼r erforderlich gehaltene Versorgung zu treffen (BSG, Urteil vom 19. Juni 2018 â B 1 KR 39/17 R â, juris Rn. 10 ff mwN; vgl. auch Beschluss vom 14. Dezember 2020 â B 1 KR 16/20 B â, juris Rn. 8).

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§Â§ 197a SGG, 154 Abs. 1, 161 Abs. 1 und 2 Verwaltungsgerichtsordnung. Hinsichtlich des erledigten Teils des Rechtsstreits entspricht es der Billigkeit, dass die KlÃ¤gerin die Kosten des erstinstanzlichen Verfahrens trÃ¤gt. Die Klage auf Zahlung von 23.293,12 â¬ nebst Zinsen war im Zeitpunkt der Klageerhebung im Dezember 2019 unbegrÃ¼ndet. Erst durch die Mitteilung einer Behandlung auf der Intensivstation am 12. Mai 2021 ist FÃ¤lligkeit der Hauptforderung eingetreten. Die Beklagte hat dem durch ihre Teilanerkenntnisse vom September 2022 noch vor der Entscheidung des Sozialgerichts Rechnung getragen; die zeitliche VerzÃ¶gerung hat keinen abgrenzbaren prozessualen Aufwand (insbesondere in Form von Terminen) verursacht und rechtfertigt daher keine Kostenbelastung der Beklagten. StreitgegenstÃ¤ndlich war erstinstanzlich anschlieÃend nur noch der Zinsanspruch fÃ¼r die Zeit vom 2. September 2019 bis 1. Februar 2022 im Umfang von 2.347,12

â¬. Insoweit ist â aufgrund des weiteren Teilanerkenntnisses der Beklagten vom 30. November 2023 â ein Prozesserfolg der KlÃ¤gerin nur fÃ¼r die Zeit vom 13. Mai 2021 bis 1. Februar 2022 im Umfang von 699,38 â¬ zu verzeichnen; dieser im VerhÃ¤ltnis zur ursprÃ¼nglich eingeklagten Forderung geringfÃ¼gige Prozesserfolg rechtfertigt keine Kostenbelastung der Beklagten im erstinstanzlichen Verfahren. Im Berufungsverfahren ist das Teilanerkenntnis der Beklagten fÃ¼r die Zeit vom 13. Mai 2021 bis 1. Februar 2022 in HÃ¶he von 699,38 â¬ als Prozesserfolg der KlÃ¤gerin, die Abweisung des klÃ¤gerischen Zinsanspruchs fÃ¼r die Zeit vom 24. August 2019 bis 12. Mai 2021 in HÃ¶he von 1.648,54 â¬ dagegen als Prozesserfolg der Beklagten zu berÃ¼cksichtigen, was einer gerundeten Kostenquote von 30% zu 70% entspricht.Â

GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision nach Â§ 160 Abs. 2 SGG liegen nicht vor.Â
Â

Erstellt am: 07.05.2024

Zuletzt verändert am: 23.12.2024